|  |
| --- |
| ** Stellungnahme der Beratungsstelle**  |
| **Gewährung einer Eingliederungshilfe im Allgemeinen Kindergarten** **nach §** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse** | **Begutachtende Beratungsstelle** |
| **Aktenzeichen** | Name der Beratungsstelle, Adresse, Telefon, Mail |
| **ggf. Aktenzeichen:** | Name, Vorname der Lehrkraft  |

|  |
| --- |
| **Kind** |
| Name      | Vorname männl. [ ]  weibl.[ ]       |
| Geburtsdatum, Geburtsort      | Konfession      | Staatsangehörigkeit      |

|  |
| --- |
| **Erziehungsberechtigte** |
| Name       | Vorname      |
| Telefon Festnetz      | Handy      | Mail      |
| Straße      | PLZ Wohnort      |
|  |
| Name       | Vorname |
| Telefon Festnetz | Handy      | Mail |
| Straße      | PLZ Wohnort      |

|  |
| --- |
| Ggf. Ansprechpartner / Ansprechpartnerin der Sozial- bzw. Jugendbehörde (Name, Vorname)      |
| Telefon  | Mail      |

|  |
| --- |
| **Angaben zur besuchten Einrichtung** |
| Name, Adresse, Telefon, Mail      |
| Zuständige Erzieherin      | Gruppe      | Eintritt in die Einrichtung      |

|  |
| --- |
| 1. **ggf. vorhandene Diagnose**
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Ergebnisse zu Körperlicher Eindruck**

 **Aktivität und Teilhabe** **Kontextfaktoren** |

|  |
| --- |
| 2.1 Körperlicher Eindruck* kognitive Entwicklung, Aufmerksamkeit, Emotionale Befindlichkeit, Motorik, ...
* ggf. Auge, Ohr, Stimme, Sprechen, ...
* ggf. Medikation
 |
|       |

|  |
| --- |
| * 1. Aktivität und Teilhabe
* Lern- und Spielverhalten (Freispiel, Stuhlkreis, angeleitete Gruppenaktivitäten)
* Kommunikationsverhalten (verbal/ nonverbal)
* Selbstständigkeit (Beanspruchung der ErzieherInnen/ Selbst- und Fremdgefährdung)
* Interaktionen und Beziehungen (Kontaktaufnahme, wo befindet sich das Kind in der Gruppe?)
 |
|       |

|  |
| --- |
| * 1. Kontextfaktoren
 |
| **Kindergarten/ Kindergartenumgebung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gruppengröße      | Altersmischung      | Betreuungszeiten      | Personalschlüssel      |
| aktuelle Anwesenheit des Kindes:       |
| Konzept und Tagesablauf      |
| Zusätzliche Informationen      |

 |
| **Frühförderung/ bisherige Therapien**      |

|  |
| --- |
| **3. Empfehlung der Gutachterin / des Gutachters zu Art und Umfang der Hilfe** |
| Ziel ist es, allen Kindern mit Behinderung und von Behinderung bedroht, durch individuelle Angebote ein Höchstmaß an Aktivität und Teilhabe zu sichern.  |
|  [ ]  **Nein,** es besteht kein zusätzlicher individueller Förderbedarf.  [ ]  **Nein,** es besteht zwar ein zusätzlicher individueller Förderbedarf, dieser kann jedoch mit den vorhandenen Ressourcen erfüllt werden.  [ ]  **Ja,** es besteht ein zusätzlicher individueller Förderbedarf, der von der Einrichtung nur mit Leistungen für [ ]  Pädagogische Hilfen in folgendem Umfang:       [ ]  Begleitende Hilfen in folgendem Umfang:       [ ]  Gleichzeitig Pädagogische und Begleitende Hilfen in folgendem Umfang:      erfüllt werden kann.  |

|  |
| --- |
| **4. Verantwortung für die Stellungnahme**  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |  |
| Beratungsstelle der Gutachterin / des Gutachters |  | Ort, Datum |  | Unterschrift der Gutachterin / des Gutachters |

 |